
.Net
LA FACULTÉ
SEEK KNOWLEDGE







**HCA Cas clinique 4 questions**

Patiente de 24 ans, femme au foyer, aux antécédents d'infections bronchiques automno- hivernales répétées depuis l'enfance associées parfois à une hémoptysie de petite abondance. Ces épisodes ont fait suite à une primo infection tuberculeuse à l'âge de 3 ans.

Elle présente depuis 7 jours une fièvre chiffrée à 38.5 °c avec toux ramenant une expectoration purulentes abondantes.

L'examen clinique retrouve une malade en état général moyen, pale, fébrile à 39°c,

FR=29 cycles/mn, FC=100 battements/mn. TA=135/70 mm Hg. Pds : 55 kg, taille : 170cm

L'examen pleuropulmonaire retrouve des râles polymorphes de la base pulmonaire droite.

Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

La radiographie thoracique de face montre une image hydro-aérique arrondie de 7 cm de diamètre au niveau de la base d l'hémithorax droit associée à de multiples clartés rondes centimétriques à parois épaisses para et rétrocardiaques dont quelques unes contiennent un bas fond liquidien.

1/ Ce tableau radio clinique, évoque le diagnostic de :

A. Tuberculose pulmonaire.
B. Pneumonie excavée
C. Abcès pulmonaire
**D. Suppuration pulmonaire sur dilatation des bronches**
**E.** Surinfection de dilatation des bronches **NAP 0.20**

2. Quel est l'examen à demander ?

**A. FNS+hémocultures**
B. Sérologie amibienne
C. recherche de BK dans les crachats
D. sérologie hydatique
**E.** Examen cytobactériologique de l'expectoration **NAP 0,33**

Les résultats des examens vous parviennent :

La NFS retrouve : GB : 18000 (PNN : 80%, L : 15%, B : 2%, Éos : 1%, M:2%) GR 4,5 millions, Hb 11 g/dl

hémocultures négatives

sérologie de l'amibiase négative

Recherche de BK dans les crachats 0 BAAR/300champs

Sérologie hydatique : 1/128.

L'examen cyto bactériologique de l'expectoration : flore polymorphe.

3. Vous décidez de prescrire le traitement suivant :

A. Amoxicilline+acide clavulanique 3g/j en IVD.
B. **Oxacilline 3g + gentamicine 80 mg 2x/j.**
C. Céfotaxime 3g/j en IVD
D. Cure chirurgicale
E. 2ERHZ/4RH. **NAP 0.33**

4. Le traitement sera complété par :

1. Vaccination antipneumococcique chaque 5 ans
2. vaccination antigrippale annuelle
3. kinésithérapie respiratoire.
4. Antibiothérapie prophylactique.
5. Traitement des foyers infectieux dentaires et ORL. **NAP 0.33**

A.1+5 B.2+4 C.1+2 **D.3+5** E.3+4

**<u>CAS CLINIQUE</u>** (pneumonie sur DDB) 4 questions

Patient de 26 ans, commerçant, non fumeur, consulte pour une toux et expectoration verdatre et abondante évoluant depuis 4 jours . L'interrogatoire revèle la notion d'expectoration muco-purulente quotidienne depuis 5 ans.

L'examen clinique retrouve un patient en état général moyen, conscient, coopératif ,T°à39°C, la FR est à 26 c/mn, la FC à 100 batt/mn, la TA est à 120/60 mmHg.

L'examen pleuro-pulmonaire retrouve des râles crépitants au niveau des deux bases pulmonaires, prédominant à gauche.Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie du thorax montre une opacité dense et homogène occupant le tiers inferieur de l'hémithorax gauche, avec un bronchogramme aérique, la limite supérieure est floue, la limite interne efface le bord gauche du cœur, associées à de multiples clartés arrondies de 1 à 3 cm de diamètre à paroi épaisse avec bas fond liquidien paracardiaques droites.

1. Quel est le diagnostic le plus probable ?
   A. Une tuberculose pulmonaire bilatérale étendue
   B. Une pneumonie sur dilatations de bronche
   C. Une pneumonie sur bulles d'emphysème NAP 0.5

D. Un abcès du poumon
E. Une bronchopneumonie

2. Pour étayer le diagnostic, vous demandez les examens suivants :
   A. Bacilloscopies des crachats
   B. FNS +hémoculture
   C. recherche de germes par fibroaspiration protégée . NAP 0.25
   D. ECB des crachats
   E. Recherche d’antigène urinaire pneumococcique

Les résultats vous parviennent :

Les bacilloscopies sont négatives .

FNS : GB 14000 elts/mm3 ( 90% PNN, 9% L, 1% E), Hb à 12 g/dl, plaquettes à 150.000 elts/mm3. Les hémocultures sont négatives

fibroaspiration protégée absence de germes

ECB des crachats : flore polymorphe

Recherche d’antigène urinaire du pneumoccoque négative

3. Vous prescrivez :
   1. amoxicilline
   2. amoxicilline+ acide clavulanique
   3. antituberculeux
   4. antitussif
   5. kinesithérapie respiratoire

A. 1+4 B. 2+4 C.1+5 D. 3+4 **E. 2+5** NAP 0.5

## Cas clinique tuberculose pulmonaire (5 questions)

Un homme de 47 ans, enseignant, aux antécédents de diabète sous hypoglycémiants oraux depuis 2 ans, et de tuberculose pulmonaire il y a 10 ans, consulte pour toux ramenant une expectoration mucopurulente évoluant depuis 3 semaines associée à un fébricule nocturne et un amaigrissement .A l'examen clinique, le patient est conscient, en bon état général, T°37,2°C, FC : 90batt/mn, TA : 120/70mm Hg, FR : 20c/mn . L'examen pleuropulmonaire retrouve des râles crépitants de la moitié supérieure de l'hémithorax droit. La radiographie thoracique : image hydroaérique de 3 cm de diamètre avec opacités nodulaires située au niveau de la région axillaire droite.
La recherche de BK dans les crachats = 25 BAAR/100 champs

1/ Les éléments indispensables pour débuter le traitement ?

1. Poids du malade
2. La chimie des urines **NAP 0.50**
3. Les antécédents médicaux
4. La notion de contage
5. la glycémie

**A= 1+2** B= 3+4 C= 2+5 D= 1+3 E= 3+5

2/ le poids est de 46Kg, il n'y a pas de notion de contage, la chimie des urines : PH : 6, protéines négatives, sang négatif, Glucose : ++, corps cétoniques négatifs, Glycémie : 2g/l
Vous décidez de prescrire le traitement :

A- 2 SRHZ/ 4 RH + Hypoglycémiants oraux
**B- 2 ERHZ/ 4RH + Insulinothérapie**
C- 2 SRHZE/ 1 RHZE/ 5 RHE + Hypoglycémiants oraux NAP 1
D- 2 SRHZE/ 1 RHZE/ 5 RHE + Insulinothérapie
E- 3 Eth. OKZC/ 18 Eth. OZ + Insulinothérapie

Au 2ème mois de traitement le patient présente une éruption cutanée prurigineuse diffuse .

3/ vous décidez :

A- De réduire la posologie des médicaments.
B- De changer le régime thérapeutique. NAP 0.50
**C- d'arrêter le traitement, puis le reprendre à doses progressives.**
D- D'arrêt er définitivement le traitement
E- De maintenir le traitement et prescrire un traitement symptomatique.

4 / le médicament responsable est :
A- L'isoniazide
B- La rifampicine
C- L'éthambutol NAP0.20
D- Le pyrazinamide
E- Tous ces médicaments

## Cas clinique rattrapage 2012 3 questions

Patient âgé de 35 ans comptable de profession, fumeur à 15PA présente depuis 72heures un syndrome infectieux d'installation brutale avec fièvre à 39 °C , avec signes respiratoires à type de toux sèche et douleur basithoracique droite exacerbée par l'inspiration profonde .
L'examen somatique retrouve un état général modéré avec pâleur cutanéomuqueuse , fièvre à 39°C , TA 120 /60 mm Hg poids 80kg pour une taille de 1m 70
L'examen pleuropulmonaire retrouve une matité nette de la moitié inférieure de l'hémithorax droit avec abolition des vibrations vocales et diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles crépitants au niveau de la partie supérieure de l'hémithorax homolatéral.
La radiographie thoracique de face objective une opacité dense homogène au niveau de la moitié inférieure de l'hémithorax droit comblant les deux culs de sac effaçant la coupole diaphragmatique, à limite supérieure nette et concave vers le haut surmontée d'une opacité peu dense à limites floues.

1- Le diagnostic à évoquer
   - **A- Pleuropneumopathie droite.**
   - B- Atélectasie du lobe inférieur droit. **NAP =1**
   - C- Epanchement pleural liquidien droit de moyenne abondance.
   - D- Tuberculose pleuro-pulmonaire.
   - E - dilatations de bronches surinfectées

2- vous demandez les examens
   1- NFS
   2- Bascilloscopies des crachats
   3- ECB des crachats.
   4- IDR à la tuberculine **NAP 0,5**
   5- Ponction pleurale exploratrice.

   A : 1+4 B : 3+5 C : 2+3 D : 2+4 **E : 1+5**

Les résultats vous parviennent :
NFS : GB : 14000 (PNN 80 % , 15 %de lymphocytes, 3% d'éosinophiles , 2%de monocytes)
La recherche de BK dans les crachats est négative.
Ponction pleurale : un liquide clair exsudatif, riche en PNN altérés, absence de germes
IDR à la tuberculine 07mm

**3- Vous décidez de prescrire :**

1- Antibiothérapie
2- Chimiothérapie antituberculeuse
3- Drainage pleural NAP 0,5

4- Ponction pleurale évacuatrice
5- Antalgiques

A- **1+4** B- 1+3 C : 2+3 D-4+5 E- 2+4

**Cas clinique pleurésie purulente 5 questions**

Un homme de 60 ans, fumeur à raison d'un paquet par jour durant 40 ans, se plaint depuis 2 ans de gène respiratoire à l'effort parfois paroxystique et sifflante, consulte pour une douleur de l'hemithorax droit, d'apparition brutale associée à une dyspnée de repos, des sueurs, une fièvre et une cyanose des extrémités.

L'examen physique : un patient consient,T°39°C, FR : 36c/mn,FC : 120bat/mn, TA : 160/90mmHg, une hyper-sonorité de l'hémothorax droit et un syndrome d'épanchement pleural liquidien de l'hémithorax gauche, les bruits du cœur sont diminués.

La radiographie thoracique de face montre une opacité dense homogène occupant la moitié inferieur de l'hémi thorax gauche, la limite externe se confond avec la paroi thoracique, sa limite inferieure efface l'hémi coupole diaphragmatique gauche, la limite interne se confond avec le médiastin et la limite supérieure concave en haut et en dedans se remontant en une ligne bordante jusqu'à la région axillaire, associée à de multiples clartés arrondies de tailles variables allant de 2 à 6 cm de diamètre à parois fines, bilatérales, prédominant à droite.

1/ Vous pratiquez en urgence :

1. gazométrie sanguine.
2. FNS + hémocultures **NAP : 0.33**
3. ECG
4. IDR à la tuberculine
5. ponction pleurale exploratrice

A : 1+3 B : 2+3 C :1+4 **D: 2+5** E: 4+5

Les résultats vous parviennent:

- gazométrie sanguine : Pa O2 = 68mmHg, Pa CO2 = 42mmHg PH = 7,38 RA = 30 SaO2 = 89%
- FNS : GB = 20.000elts/mm3 (80% N - 2%E - 18%L - 0% M - 0%B), GR = 4millions elts/mm3, Hte = 46%, Hb = 13g/dl. les hémocultures sont négatives.
- IDR à la tuberculine = 07mm
- La ponction pleurale : liquide louche, fétide, 80% de polynucléaires altérés absence de germes.

2/ le diagnostic est:

A- Pleurésie purulente sur dilatation des bronches
**B-** Tuberculose pleuro-pulmonaire **NAP : 0,5**
C- Pleuro pneumonie
**D- Pleurésie purulente sur emphysème pulmonaire**
E- Pleurésie purulente sur suppuration pulmonaire

3/en plus de l'oxygénothérapie le traitement à prescrire est :

A- 2 ERHZ/4RH .
B- Oxacilline + gentamycine **NAP : 0.33**
**C- Amoxicilline-acide clavulanique + métronidazole**
D- Amoxicilline + Gentamycine.
E- 2 RHZ/4 RH .

4/ quelles sont les mesures thérapeutiques a associer ?

A- kinésithérapie respiratoire
**B- ponction pleurale évacuatrice + Béta2 mimétiques**
C- héparinothérapie + Béta2 mimétiques
D- corticothérapie + Béta2 mimétiques
E- ponction pleurale évacuatrice + kinésithérapie respiratoire **NAP : 0.50**

5/ la surveillance sera basée sur :

1- un examen clinique quotidien
2- une radiologie thoracique tous les 5 jours
3- FNS **NAP : 0.50**
4- Le volume et l'aspect du liquide pleural ponctionné
5- TDM thoracique

A= 1+5 B = 3+4 **C = 1+4** D = 2+3 E= 1+2

**CAS CLINIQUE 4 questions**

Un malade de 50 ans, tabagique 30 paquets/année, sans antécédents pathologiques consulte pour expectoration mucopurulente. L'interrogatoire retrouve une hémoptysie de petite abondance survenue quatre semaines auparavant.
A l'examen clinique : altération modérée de l'état générale, température 38,5°C, FR 20 cycles/min, FC 100batt/min, TA 120/80mmHg, l'examen somatique est sans particularités ;
La radiographie thoracique montre une image hydroaérique de 3 cm de diamètre, à paroi

épaisse localisée dans la région juxta hilaire droite et se projetant sur le profil dans le segment apical du lobe inferieur.

1/quels sont les diagnostics les plus probables ?

1/ Abcès du poumon
2 / tuberculose pulmonaire
3 /cancer broncho-pulmonaire excavé **NAP 0,20**
4/ kyste hydatique suppuré
5/bulle surinfectée

A=1+2 **B=2+3** C3+5 D=3+4 E=1+4

2/ Pour étayer votre diagnostic, vous demandez :

A. Une sérologie hydatique
B. Une TDM thoracique
**C. Des bacilloscopies des crachats** **NAP 1**
D. Une échographie abdominale
E. Une fibroscopie bronchique

Les résultats des examens demandés montrent :

FNS= 13000/mm3 (PN=70, PE=3, PB=2, M=4, L=21), les bascilloscopies des crachats sont négatives, la sérologie hydatique est à 1/256. La fibroscopie bronchique : muqueuse d'aspect normale, L'échographie abdominale est normale, Le scanner thoracique retrouve une opacité excavée du segment apical du lobe inferieur droit

3/ vous retenez le diagnostic suivant :

A/ Abcès du poumon
B / kyste bronchogénique rompu
C/ tuberculose pulmonaire NAP 1
D /cancer bronchique nécrosé
**E/ kyste hydatique rompu**

4/le traitement à proposer :

1. kinésithérapie respiratoire
2. chirurgie
3. antibiothérapie
4. antituberculeux NAP 0.5
5. chimiothérapie

A= 1+2 **B =2+3** C= 1+3 D= 4+5 E=3+5

5/ La prévention de cette maladie repose sur :

1. la lutte anti tabagique
2. le dépistage et le traitement de la tuberculose pulmonaire NAP 1
3. **l'hygiène des mains**
4. le traitement des foyers infectieux ORL
5. l'abattage des chiens errants

A= 1+2 B =2+3 C= 1+3 D= 4+5 **E=3+5**

**Cas CLINIQUE N°2 PNO 4 questions**

Patient âgé de 60ans tabagique (1 paquet/j pendant 40ans), consulte pour douleur thoracique droite d'apparition brutale en coup de poignard.

A l'examen physique : T° 37°2 C, TA : 110/70mmHg, FC : 110btt/mn, FR : 25 cycles/mn le patient est angoissé, avec cyanose des extrémités, hippocratisme digital ,thorax distendu, avec tympanisme et abolition du murmure vésiculaire au niveau de l'hémithorax droit.

La radiographie thoracique de face objective une hyper clarté avasculaire occupant la totalité de l'hémi thorax droit associée à une opacité à projection hilaire qui reste fixée au niveau de la région axillaire par une bande opaque de 2cm d'épaisseur, et des clartés arrondies finement cerclées allant de 3 à 4 cm de diamètre au niveau du sommet pulmonaire gauche.

1/ ce tableau évoque :

A-Pneumothorax total droit spontané idiopathique
B-Pneumothorax partiel gauche spontané
C-Pneumothorax spontané droit idiopathique bridé
D-Pneumothorax spontané droit secondaire
**E- Pneumothorax spontané droit secondaire bridé** **NAP : 1**

2/ Quelle sera votre conduite à tenir ?

A- Exsufflation à l'aiguille
B- Drainage chirurgical
**C- Pleurotomie à minima**
D- pleurscopie avec talcage pleural
E- Chirurgie **NAP : 0.50**

Quelques heures plus tard, le patient présente une pâleur cutanéo muqueuse, des sueurs, avec palpitations, FC 120cyc/mn, TA : 80/60mmH, FR 27cyl/mn, T° 38°, l'examen physique retrouve une matité de la base surmontée d'un tympanisme, et à la radiographie thoracique une image hydroaérique de tout l'hémithorax droit.

3/-cette évolution évoque ?

A- Une décompensation cardio-respiratoire
B- Embolie pulmonaire
C- Pneumothorax total
D- Hémo-pneumothorax
E- Abcés du poumon

**NAP : 1**

**4/-Quelle sera la conduite à tenir** oxygénothérapie **?**

A. Antibiotiques **NAP : 0,33**
B. Anticoagulants
**C. remplissage vasculaire**
**D. chirurgie**
E. Traitement digitalo-diurétique

**BEO cas clinique 4 : Asthme 4 questions**

Homme de 40 ans, enseignant de profession, consulte pour dyspnée sifflante et douleur thoracique évoluant depuis 24heures.
A l'interrogatoire on retrouve un tabagisme à 10 P/A, une thrombose veineuse du membre inferieur gauche traitée il y a 10 ans, des épisodes de toux et de dyspnée sifflantes, traitées de façon irrégulière par β2 sympaticomimétiques et corticoïdes inhalés. Depuis 03mois les épisodes de dyspnée se répètent plusieurs fois par semaine et cèdent sous traitement par salbutamol en spray.
Examen clinique : bon état général, 64 kg pour 1,70m ; FR: 20/mn, FC : 98/mn,
TA : 120/60mmHg, température : 38°C.
Examen pleuropulmonaire : râles sibilants diffus bilatéraux.
le reste de l'examen clinique est normal. Le DEP : 330l/mn (théorique 550l/mn)
La radiographie thoracique de face retrouve une distension thoracique.

1/ Quelles sont les diagnostics à évoquer ?
A-crise d'asthme sévère
B-embolie pulmonaire.
C-crise d'asthme modérée*. NAP 0,5
D-exacerbation de BPCO.
E- OAP

2/ vous complétez le bilan par :

A. FNS
B. scintigraphie pulmonaire
C. dosage des D-dimères.
D. gaz du sang NAP 1
E. ECG

Les résultats sont : FNS GB : 8000 (PNN : 80%, L : 15%, B : 2%, Éos : 1%, M:2%), GR 5 millions, Hb 13 g/dl, une scintigraphie pulmonaire : normale. D-dimères : 474 ng/mL (No < 550), Gaz du sang artériel en air ambiant : SAO2 93%, PaO2 : 80mmHg, PaCO2 : 32mmHg, pH : 7,44. ECG rythme sinusal 98 cycles/mn, onde P 2mm en D2, R/S =1 en V1.

3/ Le traitement à prescrire est :

1. Anticholinergique en nébulisations .
2. β2-adrénergiques en nébulisations. NAP 1
3. Anticoagulants.
4. corticothérapie par voie générale.
5. Diurétique

A : 1+5 B : 2+4* C : 2+3 D : 1+4 E : 4+5

Après o6 heures, l'examen clinique retrouve un patient eupnéique avec la FR :18c/min,FC :80bat ,TA :120/70min, Sa02 :95% et DEP=450 .
L'examen pulmonaire :rales sibilants au bases.

4/ Que prescrivez vous ?

1. antibiotiques.
2. β2-adrénergiques courte durée d'action en spray.
3. Poursuite des anticoagulants.
4. β2-adrénergiques longue durée d'action en spray. NAP1
5. corticoïdes per os.

A : 1+2 B : 2+4 C : 1+3 D : 4+5 E : 2+5*

**Cas clinique : pneumoconiose 3 QUESTIONS**

Un homme de 51 ans, ouvrier dans une carrière de granit depuis 30 ans, tabagique un paquet/jour durant 30ans, et bronchite chronique depuis 10 ans, présente une toux grasse avec expectorations claires, asthénie, et amaigrissement de 5 Kg depuis un mois et demi.
Examen clinique **:** bon état général, poids 56 kg, taille 163 cm ; T° : 37°2 C, FR : 22/mn FC : 78/min, TA : 150/70 mm Hg. L'examen physique respiratoire montre des râles ronflants aux deux hémithorax, SaO2 à l'air ambiant : 93%.
La radiographie thoracique : opacités micronodulaires, denses, disséminées aux 02 champs pulmonaires.

1/ Quelle est le diagnostic à évoquer:

A- Sarcoïdose type III
B- milliaire tuberculose

C- lymphangite carcinomateuse NAP 0,33
D- silicose
E- BPCO

**2/** vous demander les examens :
1. IDR à la tuberculine
2. Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
3. spirométrie
4. Bacilloscopies des crachats. NAP 0,20
5. Fibroscopie bronchique.

A : 1+2 B : 1+3 C : 4+5 D : 3+4 E : 1+5

Les résultats : IDR à la tuberculine : 11 mm ; Bacilloscopies des crachats négatives fibroscopie bronchique aspect inflammatoire de la muqueuse bronchique avec taches d'anthracose au niveau des éperons bronchiques.
Enzyme de conversion de l'angiotensine 20 UI/l, spirométrie CV 4L (théorique 5L), VEMS 3,5L (théorique 4L), VEMS/CV= 87%

3/ vous préconisez :
1. Sevrage tabagique
2. Déclaration de maladie professionnelle.
3. B2 mimétiques. NAP 1
4. Antituberculeux.
5. Corticothérapie.

A : 1+4 **B : 1+2*** C : 3+5 D : 4+5 E : 1+3

**Cas clinique nr 3 : 4 questions**

Une femme de 30 ans coiffeuse de profession depuis 3 ans consulte pour gène respiratoire avec fièvre à 38°C, toux et expectoration purulente depuis une semaine.
l interrogatoire retrouve une dyspnée avec sifflements et une rhinite persistante depuis 3 années. l'examen clinique : FR à 28 mvts/mn FC à 90bats/mn TA : 130/60 mmHg.
L'examen pleuropulmonaire : râles sibilants diffus aux 2 champs pulmonaires
DEP = 350 L /mn (DEP théo 450L/mn). La radiographie du thorax : distension thoracique
La SAO2 = 93%

1-Le diagnostic que vous retenez est :
A. Crise d'asthme sévère.
B. Crise d asthme modérée avec infection bronchique.
**C**. Crise d asthme bénigne avec infection bronchique. NAP=1
D. Crise d asthme sévère avec infection bronchique.

E. Bronchite aigue bactérienne.

2-Vous prescrivez le traitement suivant :
A. β 2 sympathomimétiques en aérosol.
B. β 2 sympathomimétiques en aérosol et corticoïdes inhalées.
C. β 2 sympathomimétiques en sous cutané +o2. NAP=1
D. β 2 sympathomimétiques en aérosol et amoxicilline.
E. β 2 sympathomimétiques en nébulisation +O2+corticoïdes en IVD.

Après une heure de traitement, la patiente présente une polypnée, tirage, cyanose des extrémités. FR 34/mn FC 110bats/mn, la TA 100/70mmhg, l'examen du thorax : des sibilants aux deux champs pulmonaires, le DEP est à 280l/mn. La SAO2 89%

3-En plus de l'oxygéne le traitement sera
A. β 2 sympathomimétiques en sous cutané toutes les 6 H. NAP=1.
**B**. β 2 sympathomimétiques en spray+ corticoïdes. per os
C. β 2 sympathomimétiques en nébulisation +corticoïdes et théophylline per os
D. β 2 sympathomimétiques en nébulisation + corticoïdes en IVD
E. Théophilline en perfusion toutes les 12heures

Après 12h de traitement, l'examen retrouve des râles sibilant ,la FR a 18/mn ,le DEP est à 430. La SAO2= 95%

4-Vous décidez de :
A. Maintenir le même traitement.
B. Hospitaliser la malade dans un service de médecine ou de pneumologie.
C. Hospitaliser la malade dans un service de réanimation. NAP=0,5
D. libérer la malade avec corticoïdes per os pendant 8 jours.
**E**. libérer la malade avec corticoïdes pendant 8 jours + béta 2 en spray + antibiotique.

**BEO BPCO CAS CLINIQUE 4 questions :**

Un homme de 50 ans , ouvrier dans une fonderie durant 25ans fumeur 1P/J pendant 30ans qui présente une toux productive matinale avec des bronchites aigues hivernales depuis 04ans. Il consulte pour dyspnée de repos depuis 03 jours associée à une toux avec expectoration mucco-purulentes abondante. L'examen physique révèle un patient polypneique, fébrile, avec cyanose des extrémités et hippocratisme digitale.

TA = 160/95mmHg, FC = 110btt/mn, FR= 29cyc/mn, T° 39°C, Poids= 81kg, taille= 168 cm. L'examen pleuro-pulmonaire révèle des râles polymorphes aux 2 poumons, éclat de B2 au

foyer pulmonaire avec un rythme régulier. Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

Radiographie du thorax : distension thoracique

1/Devant ce tableau clinique vous évoquez **:**

A-Décompensation cardio-respiratoire **NAP : 1**
**B- Exacerbation d'une BPCO***
C-Bronchite aigue purulente
D-Embolie pulmonaire
E-Œdème aigu du poumon

2/ Quels sont les examens complémentaires à demander ?

1-FNS+ hémocultures
2-Gazométrie artérielle,
3-ECG.
4-DEP
5-D.Dimères.

**A : 2+4** B : 2+3 C : 1+4 D : 3+4 E : 2+5

**NAP : 0.2**

Les résultats vous parviennent :

FNS: GB/ 13.000elts/mm3 (80, 00, 00, 00, 20 ) GR: 5x106 elts/mm3, Hb: 15g/dl, Hte: 40%,

Gazométrie artérielle (Sao2:94%, PaO2 : 85mmHg, PaCo2 : 45mmHg, $H2Co3^-$ :23meq/l) les Hémocultures et les D.Dimères sont négatifs, ECG (rythme sinusal à 110/min, bloc de branche droit incomplet) DEP : 250l/min (500l/min)

3/Quelle est la conduite à tenir ?

1-Oxygénothérapie
2- Corticoïdes en IVD +Antibiothérapie+ anti cholinergiques en nébulisation
3-Anti coagulants
4- B2 mimétiques et anti cholinergiques en nébulisation + Antibiothérapie
5- Digitalo-diurétiques

A : 1+2, **B : 1+4*** C : 3+5, D : 3+4 E : 2+3

**NAP : 0.25**

4/ la prise en charge au long cours sera ?

1- Aide au sevrage tabagique et changement de poste de travail

2-Vaccination antigrippale et anti pneumococcique
3- β2mimétiques + Anti cholinergiques par voie inhalée
4. Réhabilitation respiratoire
5- corticothérapie per os

A : 1+2, B : 3+4, C : 2+4, D : 3+5, **E : 1+3***

**NAP : 0.25**

## Hémoptysie 4 questions

Un homme de 35 ans, agent de police de profession tabagique à 15 paquets/an aux antécédents d'une infection respiratoire basse à l'âge de 05 ans et une bronchorrhée matinale chronique, consulte pour hémoptysie de moyenne abondance après effort de toux.
A l'examen : sujet longiligne présentant une légère pâleur cutanéomuqueuse la FR 18cycles /min, la FC à 85 batt/min,la TA à 130/70 mmHg,
L'examen pleuropulmonaire : râles bronchiques au niveau de l'hémithorax gauche, et hippocratisme digital , cicatrice BCG présente . Le reste de l'examen est sans anomalies.
Radiographie thoracique de face : multiples images aréolaires para cardiaques bilatérales .

**1**/ quelle est la conduite en urgence ?

1. A L'embolisation artérielle bronchique sélective
2. **B. Perfusion de vasopressive** **NAP 0.25**
3. C Transfusion de facteur de coagulation
4. D prise d'une voie d'abord + groupage sanguin
5. E Intubation sélective

**2/** pour préciser l'origine du saignement vous demandez **?** **NAP 0.33**

A TDM thoracique
**B La fibroscopie bronchique**
C. crase sanguine
D. examen ORL
E. fibroscopie digestive.

La TDM thoracique : retrouve des lésions kystiques siégeant aux des 2 lobes inférieurs, avec adénopathies. La fibroscopie bronchique : inflammation diffuse avec hémorragie punctiforme au niveau des deux bronches lobaires inférieures L'examen ORL retrouve des polypes nasaux, la fibroscopie digestive retrouve une gastrite. L'artériographie bronchique montre une hyper vascularisation des deux lobes inferieurs,

3/ il s'agit probablement :

**A. Une dilatation des bronches (DDB)**
B. Une bronchite chronique

C. Un asthme
D. Un emphysème pan lobulaire
E. séquelles d'une tuberculose pulmonaire NAP 0.25

**4** /quel est le germe le plus probable à l'origine de cette affection

1- Le virus respiratoire syncitial (VRS)
2- Mycobactérium tuberculosis
3- Borderella pertussis
4- Sreptococcus pneumonia
5- Legionella pneumophila NAP 0.25

A/ 1+2 B/ 2+4 **C/ 1+3** D/ 3+4 E/ 3+5

**Cas clinique tumeur médiastinales : juin 2012 4 questions**

Une patiente de 38 ans consulte pour dyspnée d'effort avec toux sèche, fébricule nocturne évoluant depuis 06 mois.

L'examen physique : patiente consciente, coopérative, FR= 30 cycles/mn, FC=104 bat/mn, TA=90/50mmHg, SaO2= 96%,

L'examen pleuro-pulmonaire: circulation veineuse collatérale thoracique et œdème en pèlerine.

L'examen lympho ganglionnaire : adénopathies sus claviculaire bilatérales de 02 cm de diamètres, fermes non douloureuses et adhérentes au plan profond.

Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie thoracique de face et de profil objective une opacité latéro trachéale droite de 05 centimètres de diamètre, à limites internes se confondant avec le médiastin, à limites externes régulières, sur la radiographie de profil cette opacité se projette au niveau du médiastin antéro-supérieur.

1-Vous demandez :

1. Echographie abdominale.
2. TDM thoracique.
3. Fibroscopie bronchique avec biopsie des éperons. NAP 0 20
4. Biopsie du ganglion sus claviculaire.
5. IDR à la tuberculine.

A= 1+2 B= 2+5 C=3+5 D= 1+4 **E=2+4**

Les résultats vous parviennent :

L'échographie abdominale : adénopathies au niveau de la chaine lombo-aortique
La TDM thoracique : adénopathie de la chaine latérotrachéale droite, de la loge de Barety avec compression de la veine cave supérieure.
La fibroscopie bronchique: compression extrinsèque de la bronche antéro-interne de la lobaire moyenne.
Les biopsies des éperons bronchiques : aspect d'une inflammation non spécifique.

La biopsie ganglionnaire : destruction de l'architecture ganglionnaire, richesse en cellules atypiques multi nucléés de grande taille et des cellules de Sternberg**.**

**2/** Vous évoquez le diagnostic :

A. Tuberculose.
B. Tumeur germinale
C. Lymphome malin non hodgkinien NAP 1
**D. Maladie de hodgkin**
E. Sarcoïdose médiastino - pulmonaire.

3- Le bilan pré – thérapeutique comporte.

1. Tubages gastriques
2. Vitesse de sédimentation
3. Une TDM abdomino – pelvienne NAP 0 ,50
4. Une ponction biopsie osseuse.
5. le bilan phosphocalcique

A : 1+2 B : 2+3 C : 4+5 D : 1+5 **D : 3+4**

Les résultats vous parviennent :

-tubages gastriques absence de BAAR.
- VS: 1ére heure: 100mm, 2éme heure 141mm,
-La ponction biopsie osseuse normale , calcémie = 90mg/L
la TDM abdomino-pelvienne: multiples formations hypodenses au niveau du foie, et adénopathie de la chaine lombo-aortique**.**

4- Vous décidez de prescrire le traitement :

**A. chimio et radiothérapie**
B. Une radiothérapie
C. Une chimiothérapie
D. Une corticothérapie . NAP 1
E. 2 RHZ/4 RH

## Pneumo allergo Cancer bronchique 6 questions

Un homme de 60 ans, chauffeur de taxi de profession, aux antécédents de BPCO, tabagique à raison de 40 P/A, consulte pour toux productive ramenant des crachats hémoptoiques et dyspnée à l'effort évoluant depuis une semaine.

L'examen clinique retrouve un patient en état général conservé, FR : 22 cycles/mn, FC : 100 batts/mn, TA : 100/60 mm Hg, T° : 37,2°C, poids : 60 kg, taille : 1 m 78 cm, et un hippocratisme digital.

L'examen pleuro-pulmonaire : râles ronflants diffus aux deux champs pulmonaires.

Le reste de l'examen somatique est normal.

La radiographie thoracique de face montre un aspect quadrangulaire du thorax, avec horizontalisation des cotes. Et une opacité arrondie para-hilaire gauche de 4 cm de diamètre à limites externes floues.

1/ quel est le diagnostic le plus probable :

A- Tuberculose pulmonaire
B- Pneumonie à foyer rond NAP 0.20
**C- Cancer bronchique primitif**
D- Métastase unique d'un cancer à distance
E- Lymphome

2/ quels sont les examens utiles pour étayer votre diagnostic :

1. FNS avec frottis sanguin
2. Fibroscopie bronchique NAP 0.33
3. IDR à la tuberculine
4. TDM thoracique
5. Bacilloscopies des crachats

A : 1+3 **B : 2+4** C : 1+5 D : 1+4 E : 4+5

Les résultats des examens demandés vous parviennent :

- FNS GR 5 millions/mm3, Hb 14g/dl, GB 7000 ets/mm3 (70,00,00,00,30),plaquettes 600000 elts/mm3, frottis sanguin normal.

-IDR à la tuberculine 08 mm.

-Fibroscopie bronchique : bourgeon rougeâtre de la segmentaire apicale du lobe inférieur gauche dont l'étude anatomopathologique des fragments biopsiques montre des cellules fusiformes à gros noyaux hyperchrommatiques avec de la kératine.

-TDM thoracique : masse de densité tissulaire de 4 cm de diamètre à contours irréguliers au niveau du segment apical du lobe inférieur gauche avec adénopathies hilaires homolatérales et bulles d'emphysème au niveau des apex.

-Bacilloscopies des crachats : 0 BAAR/300 champs

3/ le diagnostic est :

A- Adénocarcinome
**B- Carcinome épidermoïde**
C- Carcinome à petite cellule NAP 1
D- Carcinome à grande cellule
E- Carcinome indifférencié

4/ Vous complétez le bilan par :

**A- Echographie abdominale**
B- TDM cérébrale NAP 0.33
C- Scintigraphie osseuse
D- ECG
E- EFR

Les résultats vous parviennent :

- Echographie abdominale normale
- TDM cérébrale : sans anomalies
- Scintigraphie osseuse : pas de zone de fixation
- ECG : rythme sinusal avec bloc de branche droit incomplet
- EFR : CV : 3 L (valeur théorique : 4,5 L/min), VEMS 3L (valeur théorique 4L)
  Indice de Tiffeneau : 66%

5/ selon la classification, il s'agit d'un :

A- $T_2N_0M_0$
**B- $T_2N_1M_0$**
C- $T_1N_1M_x$ NAP 1
D- $T_2N_1M_1$
E- $T_2N_2M_0$

6/ Le traitement est :

A- Chimiothérapie
**B- Chirurgie**
C- Radiothérapie + chimiothérapie NAP 1
D- Radiothérapie
E- Traitement symptomatique palliatif.
F-

## CAS CLINIQUE tuberculose ganglionnaire 5 questions

Une femme de 35 ans, femme de ménage de profession sans antécédents pathologiques connus, mère de 2 enfants, consulte pour toux sèche avec amaigrissement de 3 kg et sueurs nocturnes.

L'examen physique retrouve une patiente en bon état général T°= 37,8°C, FR = 20 cycles/mn, TA = 120/80 mm Hg, FC = 90 bats/mn.

L'examen pleuro-pulmonaire est normal. L'examen lympho-ganglionnaire retrouve une adénopathie sus-claviculaire de 2 cm de diamètre ferme, mobile non douloureuse.

La radiographie thoracique de face objective des opacités hilaires bilatérales denses à contours externes polycycliques.

La cytoponction de l'adénopathie sus-claviculaire est revenue en faveur d'une adénite inflammatoire.

1/ Devant ce tableau radio-clinique vous demandez :

1/ IDR à la tuberculine
2/ Fibroscopie bronchique
3/ Biopsie ganglionnaire
4/ TDM thoracique
5/ Tubages gastriques

A : 1+2 B : 2+3 **C : 1+3** D : 1+4 E : 1+5

Les résultats vous parviennent :

IDR à la tuberculine = 15 mm,

Fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire de la muqueuse, les orifices bronchiques sont tous libres, avec compression extrinsèque de la lobaire supérieure droite.

Biopsie ganglionnaire : architecture ganglionnaire conservée avec présence de cellules épithélioïdes et des cellules géantes entourées d'une couronne de lymphocytes.

La TDM thoracique : adénopathies inter bronchiques bilatérales asymétriques avec adénopathies sous carinaires.

Les tubages gastriques sont négatifs.

2/ Ces résultats évoquent une :

**A- Tuberculose ganglionnaire**
B- Virose respiratoire
C- Lymphome pulmonaire
D- Sarcoïdose médiastinale
E- Métastase ganglionnaires

3/ En fonction du diagnostic évoqué, quel traitement allez vous proposez ?

**A- 2RHZ/4RH**
B- Aspirine
C- Chimiothérapie antimitotique avec radiothérapie
D- Surveillance radio clinique
E- Radiothérapie

4/ La patiente a été mise sous traitement adapté, sur quels éléments allez vous surveiller l'évolution de sa maladie :

A- La palpation du ganglion sus-claviculaire
B- La fibroscopie bronchique
C- La TDM thoracique
D- IDR a la tuberculine
E- Le téléthorax

A : 1+2 **B : 1+3** C : 2+3 D : 3+4 E : 1+5

5/La guérison se affirmé par :

**A. la disparition des adénopathies**
B. la disparition de la symptomatologie
C. la négativation de l'IDR à la tuberculine
D. la normalisation de la température
E. tous ces éléments